

ग्राहक की गोपनीय जानकारी के लिए गोपनीयता आचार सूचना  
**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CLIENT CONFIDENTIAL INFORMATION**  
अप्रैल 14, 2003 से लागू

कानून के तहत DSHS (डी एस एच एस) को आपको आपके गोपनीयता अधिकारों की सूचना देना अनिवार्य है। यह सूचना DSHS सेवाओं के लिए आपकी पात्रता पर कोई प्रभाव नहीं डालती।

यह सूचना स्पष्ट करती है कि आपके बारे में चिकित्सीय और अन्य गोपनीय सूचनाएं कैसे प्रयोग और प्रकट की जा सकती हैं और आप यह सूचना कैसे देख सकते हैं। कृपया सावधानीपूर्वक इसकी समीक्षा करें।

**मेरे बारे में DSHS के पास क्या गोपनीय सूचना है?**

आप DSHS कार्यकर्ताओं के लिए आवेदन कर या भाग ले रहे होंगे जो लाभ और सेवाएं प्रदान करते हैं। उस प्रक्रिया के भाग के रूप में आपको संपर्क, वित्त और स्वास्थ्य संबंधी गोपनीय सूचना देनी पड़ सकती हैं। हम आपके बारे में अन्य गोपनीय जानकारी जिसकी हमें आपकी सेवा करने अथवा आपकी परिचर्या हेतु भुगतान उपलब्ध कराने के लिए ज़रूरत हो सकती है, अन्य स्रोतों से भी प्राप्त कर सकते हैं।

**मेरी गोपनीय जानकारी कौन देखता है?**

हम केवल हमारे काम के लिए ज़रूरी न्यूनतम गोपनीय जानकारी देखते हैं। हम यह जानकारी अन्य कार्यकर्ताओं अथवा व्यक्तियों के साथ बांट सकते हैं यदि कानून द्वारा स्वीकृत या आपकी अनुमति हो। उदाहरण के लिए, आपके स्वास्थ्य के बारे में गोपनीय जानकारी स्वास्थ्य केंद्र और आपकी देखभाल करने वाले अन्य प्रदाताओं को दी और उनके द्वारा प्रयोग की जा सकती है। हम पिछली, मौजूदा अथवा भविष्य की जानकारी बांट सकते हैं।

**DSHS क्या जानकारी बांटता है?**

हम आपके बारे में केवल वह जानकारी बांटते हैं जिसकी दूसरों को उनके काम के लिए ज़रूरत होती है। आप उन स्थानों की सूची मांग सकते हैं जहां हमने आपकी स्वास्थ्य जानकारी भेजी है।

**DSHS गोपनीय जानकारी कब बांटता है?**

हम इलाज, भुगतान और एजेंसी परिचालनों में संयोजन के लिए जानकारी रखते और बांटते हैं। हम निम्न के लिए जानकारी बांट सकते हैं:

- निर्धारण करने के लिए कि क्या चिकित्सीय इलाज उचित है।
- स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाताओं की सेवाओं के लिए भुगतान हेतु।
- सेवाओं अथवा लाभों के लिए आपकी पात्रता निर्धारण करने के लिए।
- प्रदाताओं से आपको प्राप्त परिचर्या के गुणवत्ता मूल्यांकन करने के लिए।

**क्या मैं अपनी जानकारी देख सकता हूँ?**

अपने बारे में हमारे पास मौजूद सूचना आप देख सकते हैं। यदि DSHS के एक भाग से ज़्यादा में आपके रिकॉर्ड हैं, आपको बताना होगा कि आप कौन सा रिकॉर्ड देखना चाहते हैं। यदि आप बताते हैं, आपको कौपी मिल जाएगी। DSHS आपके रिकॉर्ड की कॉपियां के लिए शुल्क ले सकता है।

**क्या मैं अपने रिकॉर्ड बदल सकता हूँ?**

यदि आप समझते हैं कि आपके रिकॉर्ड की स्वास्थ्य सूचना गलत है, आप लिखित आवेदन भेज सकते हैं कि हम संशोधन करें या नई सूचना जोड़ें। आप यह भी कह सकते हैं कि हम दूसरों जिन्होंने आपके रिकॉर्ड की कॉपियां ले रखी हैं, को हम संशोधन भेजें।

**यदि किसी को मेरी गोपनीय सूचना की ज़रूरत हो तो क्या होगा?**

आपसे आपकी जानकारी बांटने की अनुमति देने के लिए अधिकरण फॉर्म पर हस्ताक्षर करने के लिए कहा जा सकता है यदि:

- DSHS को अन्य स्थानों पर जानकारी भेजने की ज़रूरत हो;
- आप चाहें कि हम अन्य एजेंसी या प्रदाता को जानकारी भेजें;
- आप चाहें कि दूसरे व्यक्ति जैसे आपका वकील, रिश्तेदार या अन्य प्रतिनिधि को जानकारी भेजी जाए।

आपकी जानकारी बांटने की आपकी अनुमति अधिकरण फॉर्म पर अंकित तारीख तक प्रभावी होती है। हम केवल आपके द्वारा बताई जानकारी बांट सकते हैं। आप यह अनुमति लिखित में वापिस ले या बदल सकते हैं।

## गोपनीय जानकारी के लिए गोपनीयता आचार की DSHS सूचना

अप्रैल 14, 2003 से लागू

**क्या मेरी अनुमति के बिना गोपनीय सूचना बांटी जा सकती है?**

हां, ऐसे समय होते हैं जब आपकी अनुमति के बिना गोपनीय सूचना बांटी जा सकती है। कानून, हमें समय-समय पर, आपके बारे में गोपनीय सूचना बांटने की ज़रूरत पड़ती या स्वीकृति होती है चाहे आप हमें अनुमति नहीं भी देते। इनमें से कुछ स्थितियां हैं:

- बाल अथवा वयस्क दुर्व्यवहार घटना या पुलिस अथवा अन्य उपयुक्त एजेंसियों की उपेक्षा की रिपोर्ट करना;
- रिकॉर्ड उपलब्ध कराना जब किसी न्यायालय द्वारा ऐसा करने का आदेश दिया जाए;
- अन्य एजेंसियों को जानकारी देना जो DSHS परिचालनां की समीक्षा करती हैं;
- उन सरकारी एजेंसियों से जानकारी बांटना जो चिकित्सा केंद्रों जैसे नर्सिंग होम और अस्पताल को लाइसेंस देती और निरीक्षण करती हैं;
- सेवाप्रदाताओं या अन्य एजेंसियों जिन्हें सेवाओं या लाभों की आपकी पात्रता निर्धारण हेतु ज़रूरत हो, से जानकारी बांटना;
- अल्पवयस्कों के अभिभावकों या संरक्षकों को कतिपय सूचना देना;
- अनुसंधान उद्देश्यों के लिए सूचना प्रयोग करना।

**क्या मैं अपनी सूचना बांटे जाने और इसकी प्राप्ति के तरीके पर सीमा तय सकता हूँ?**

आप हमें अपने स्वास्थ्य जानकारी का प्रयोग और बांटना सीमित करने के लिए कह सकते हैं लेकिन हम सहमत हों यह ज़रूरी नहीं। आप हमें यह भी कह सकते हैं कि हम आपको यह जानकारी अलग प्राप्त या अलग स्थान पर भेजें।

**क्या मुझे इस सूचना की कॉपी मिल सकती है?**

हां। यह सूचना आपके खबरे के लिए है। यदि यह सूचना इलैक्ट्रॉनिक रूप से प्राप्त करते हैं, आप कागज की प्रति मांग सकते हैं और हम आपके लिए उपलब्ध कराएंगे।

**यदि गोपनीय आचार बदलता है तो क्या होगा?**

इस सूचना में हमारे पास आचार बदलने का अधिकार आरक्षित है। यदि नियम बदलते हैं, हम आपको इन बदलावों के बारे में नई सूचना भेजेंगे।

**यदि इस सूचना या मेरे अधिकारों के बारे में मेरा कोई प्रश्न हो, मैं किससे संपर्क करूँ?**

यदि इस सूचना के बारे में आपका कोई प्रश्न है, उस व्यक्ति से पूछें जिसने आपको यह दी है। यदि आपको और मदद की ज़रूरत हो, आप (360) 902-8278 पर DSHS गोपनीयता अधिकारी को कॉल कर सकते हैं।

**मैं अपने गोपनीयता अधिकारों के उल्लंघन की रिपोर्ट कैसे कर सकता हूँ?**

यदि आपको लगता है कि आपके गोपनीयता अधिकारों का उल्लंघन हुआ है, आप यहां शिकायत दाखिल कर सकते हैं:

The DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115. यदि आप शिकायत दर्ज करते हैं तो DSHS आपकी सेवाएं या लाभ बदलेगा या रोकेगा नहीं और न ही आपके गिर्लाफ बदले की कार्यवाही करेगा।

**या**

The Secretary, Department of Health and Human Services (DHHS), 2000 Independence Avenue, Washington, D.C. 20201. DSHS में कोई भी शिकायत गोपनीयता उल्लंघन के 180 दिनों के भीतर की जानी ज़रूरी है।



गोपनीय जानकारी के लिए गोपनीयता आचार की DSHS सूचना  
DSHS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR CONFIDENTIAL INFORMATION  
अप्रैल 14, 2003 से लागू

पावती / ACKNOWLEDGEMENT

ग्राहक का नाम (कृपया प्रिंट करें)	ग्राहक की जन्म-तारीख
मुझे DSHS गोपनीयता सूचना की कॉपी प्राप्त हुई है और मुझे DSHS द्वारा अपनी गोपनीय स्वास्थ्य सूचना के प्रयोग और बांटे जाने के बारे में प्रश्न पूछने का मौका दिया गया।	
ग्राहक या व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तारीख
केवल DSHS के प्रयोग हेतु / FOR DSHS USE ONLY	
ग्राहक या व्यक्तिगत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर प्राप्त न होने पर पूरा किया जाना चाहिए।	
गोपनीयता आचार सूचना (NPP) की ग्राहक पावती रसीद प्राप्त करने में किए गए प्रयास का व्यौगा दें:	
पावती प्राप्त न होने के कारण का व्यौगा दें:	
स्टाफ सदस्य का नाम और शीर्षक (कृपया प्रिंट करें)	प्रशासन/प्रभाग
स्टाफ के हस्ताक्षर	तारीख